

نقش الگوهای ارتباطی خانواده، حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و استرس در پیش‌بینی خودکارآمدی ترک اعتیاد*

علی بدیع^۱، بهنام مکوندی^۲، سعید بختیارپور^۳، رضا پاشا^۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۲۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۱۴

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین نقش الگوهای ارتباطی خانواده، حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و استرس در پیش‌بینی خودکارآمدی ترک اعتیاد بود. **روش:** روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش را درمانجویان کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر اهواز در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس، تعداد ۲۱۳ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه خودکارآمدی، الگوهای ارتباطی خانواده، حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و استرس ادراک شده بود. برای تحلیل داده‌ها از همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که بین الگوی ارتباطی گفت و شنود، حمایت اجتماعی و تاب‌آوری با خودکارآمدی ترک اعتیاد درمانجویان تحت درمان رابطه‌ی مثبت معناداری وجود دارد. همچنین مشخص گردید که خودکارآمدی ترک اعتیاد با الگوی ارتباطی همنوایی و استرس ادراک شده دارای رابطه‌ی منفی معنی‌دار است. نتایج تحلیل رگرسیون نیز آشکار کرد که ۲۸ درصد از واریانس خودکارآمدی ترک اعتیاد براساس الگوهای ارتباطی خانواده، حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و استرس قابل پیش‌بینی است. **نتیجه‌گیری:** وجود عواملی نظیر الگوی ارتباطی خانواده با جهت‌گیری گفت و شنود، حمایت اجتماعی و ویژگی فردی مانند تاب‌آوری و همچنین حذف عواملی مانند الگوی ارتباطی از نوع همنوایی و عوامل استرس‌زا از محیط زندگی افراد وابسته به مواد می‌تواند به خودکارآمدی ترک آن‌ها کمک کرده تا در مقابل وسوسه مصرف مجدد مقاومت کنند.

کلید واژه‌ها: خودکارآمدی ترک اعتیاد، الگوهای ارتباطی خانواده، حمایت اجتماعی، تاب‌آوری،

استرس

* این مقاله برگرفته از رساله‌ی دکتری نویسنده‌ی اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز است.

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. پست الکترونیک:

makvandi_b@yahoo.com

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

۴. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

مقدمه

اعتیاد^۱ اصطلاحی است که سابقه‌ای دیرینه دارد و به اشکال مختلف مورد استفاده قرار گرفته است. اعتیاد توسط بسیاری از افراد به عنوان یک بیماری مشخص، اختلالی ناتوان‌کننده که ریشه در اثر فارموکولوژیک دارو دارد و با بی‌احتیاطی پیشرفت می‌کند، مورد توجه قرار گرفته است. اعتیاد عبارت است از استفاده مکرر از یک ماده و یا مادهٔ روانگردان^۲ به حدی که مصرف‌کننده به صورت دوره‌ای یا مزمن مسموم می‌شود، مجبور به مصرف ماده (یا مواد) دارد، قطع داوطلبانه و یا متوقف کردن استفاده از مواد برایش بسیار مشکل است و عزمش را برای به دست آوردن مواد روانگردان تقریباً به هر شیوه‌ای عملی می‌کند. به طور معمول، تحمل برجسته است و وقتی مصرف مواد قطع می‌گردد غالباً سندرم ترک رخ می‌دهد. ممکن است زندگی فرد وابسته به مواد تحت سلطه‌ی مصرف مواد قرار گرفته و از این طریق به شکل بالقوه از تمامی فعالیت‌ها و مسئولیت‌ها محروم شود (وست و براون^۳، ۲۰۱۷).

مطالعات انجام شده در زمینه‌ی اعتیاد، عوامل مختلفی را در شروع و تداوم مصرف مواد دخیل می‌دانند (چوپچیان لنگرودی و زربخش، ۱۳۹۷). در چند سال گذشته پژوهش‌های بسیاری در خصوص علت عود و بازگشت به مصرف مجدد مواد پس از ترک آن انجام شده است. پژوهشگران در پی مشخص کردن سهم و اهمیت نقش عوامل فردی و محیطی اثرگذار در مورد اعتیاد هستند. در عود مجدد، پژوهش‌ها میزان تأثیر عوامل محیطی را ۰/۶۴ و میزان تأثیر عوامل فردی را ۰/۴۱ گزارش می‌کنند (حاجت‌آقایی، کمالی، دهقانی فیروزآبادی و اصفهانی، ۱۳۹۳). افزایش آمادگی برای گرایش به اعتیاد در طی دوران زندگی شکل می‌گیرد. عوامل محیطی، دشواری تهیه مواد و عوامل روانشناختی احتمال مصرف و تداوم آن را مشخص می‌کنند. احتمالاً تلفیقی از عوامل زیستی، محیطی و روانشناختی مانند الگوهای ارتباطی خانواده (شفیع‌آبادی، نوابی نژاد، فلسفی نژاد و نجف لوی، ۱۳۹۰)، حمایت اجتماعی^۴ (حاجلو و جعفری، ۱۳۹۴)، تاب‌آوری^۵ (افشک و

۱۴۶

146

سال شانزدهم، شماره ۳، بهار ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 63, Spring 2022

1. Addiction
2. Psychoactive substance
3. West & Brown

4. Social support
5. Resilience

کرمی، ۱۳۹۷) و استرس ادراک شده^۱ (ثاقبی سعیدی و داوران، ۱۳۹۶) می‌توانند در گرایش به مصرف مواد و شکست خودکارآمدی ترک اعتیاد^۲ (غدیری صورمان آبادی، عبدالمحمدی و یوسف‌زاده، ۱۳۹۶) مؤثر باشند.

یکی از عواملی که ارتباط نزدیک با مصرف مواد و استعداد گرایش به اعتیاد دارد، خودکارآمدی است (فرانک^۳ و همکاران، ۲۰۰۳). خودکارآمدی به افکار و قضاوت فرد درباره توانایی‌هایش برای رسیدن به هدف مورد نظر اشاره دارد. در این مطالعه خودکارآمدی، ترک اعتیاد توانایی افراد برای دور ماندن از مصرف مواد مخدر و بهبود کیفیت زندگی خود با تحت درمان قرار گرفتن به وسیله داروهای نگهدارنده (جونیس، لینام و پیکوئرو^۴، ۲۰۱۵) است. هرچه میزان خودکارآمدی در افراد بالاتر باشد، به همان میزان احتمال بازگشت و عود مصرف در آنان نیز کاهش خواهد یافت (الکساندر، هبرت، بوسنیل و کندزور^۵، ۲۰۱۹). این مؤلفه، از لحاظ شناختی نقش مهمی در جلوگیری از بازگشت به مصرف مواد و افزایش تحمل درد ناشی از ترک، در افراد معتاد ایفا می‌کند (تانکوچی، تاناکا، ساکا و اُز^۶، ۲۰۱۸). افراد وابسته به مواد که دارای خودکارآمدی پایینی هستند وارد فرایند درمان نمی‌شوند و در صورت اقدام به درمان دچار عود مکرر می‌شوند (دی کلمنته و هیوجیز^۷، ۱۹۹۰). ساهین، فیلیز، تُولین و یاسمین^۸ (۲۰۱۶) در پژوهش خود گزارش کرده‌اند که خودکارآمدی در گرایش به اعتیاد در افراد نقش مؤثری دارد.

احتمالاً خانواده اصلی‌ترین محل شکل‌گیری سازه خودکارآمدی در کودکان است. والدین از طریق نوع تعامل و فضایی که برای رشد روانی فرزندان خود به وجود می‌آورند، به ایشان در ساخت شخصیت، رشد و آگاهی از توانایی‌هایشان کمک می‌کنند. ریچی و فیتز پاتریک^۹ نوع تعامل والدین با فرزندان را الگوهای ارتباطی خانواده^{۱۰} (به نقل از فیتز پاتریک، ۲۰۰۴)، نامید و دو بعد با عناوین الگوی ارتباطی با جهت‌گیری گفت و شنود^{۱۱} و

1. Perceived stress
2. Quit Addiction Self-efficacy
3. Franke
4. Jones, Lynam, & Piquero
5. Alexander, Hébert, Businelle, & Kendzor

6. Taniguchi, Tanaka, Saka, & Oze
7. DiClemente & Hughes
8. Şahin, Filiz, Tülin, & Yasemin
9. Ritchie & fitzpatrick
10. Family Communication Patterns
11. Conversation orientation

الگوی ارتباطی با جهت‌گیری هم‌نوایی^۱ برای آن قائل شده‌اند (نقل از کوئرر و فیتز پاتریک^۲، ۲۰۰۲). مطابق با الگوی گفت و شنود، اعضاء خانواده می‌توانند آزادانه در مباحث شرکت کرده و اظهار نظر نمایند. در نتیجه فرزندان خانواده‌هایی با سبک تربیتی گفت و شنود که در فضایی صمیمی و پذیرا رشد می‌کنند، از خصوصیات روانی و شخصیتی مثبتی مانند کنترل درونی، تاب‌آوری و راهبردهای حل مسئله مثبت برخوردار می‌باشند و در تعاملات اجتماعی و روابط بین فردی‌شان ابراز وجود بالایی دارند (حسنوند و جوانمرد، ۱۳۹۵). بر خلاف جهت‌گیری گفت و شنود، اعضاء خانواده در الگوی ارتباطی با جهت‌گیری هم‌نوایی مجبور به اطاعت از والدین و پذیرش نگرش‌ها و ارزش‌های ایشان هستند. در نتیجه فرزندان خانواده‌هایی با سبک تربیتی هم‌نوایی، از آنجا که تحت سلطه والدین خود رشد می‌کنند و از تجربه استقلال محروم می‌باشند در کنترل هیجانی و روابط عاطفی مؤثر بی‌کفایت هستند، هم‌رنگی اجتماعی‌شان صدمه می‌بیند و منجر به عواقب منفی بلند مدت مانند روابط ضعیف با همسالان، فقدان حل مسئله کارآمد، عزت‌نفس ضعیف، منبع کنترل بیرونی و شایستگی اجتماعی پایین می‌شود (حسنوند و جوانمرد، ۱۳۹۵). رحیمی و خیر (۱۳۸۸) در پژوهش خود بین جهت‌گیری گفت و شنود با جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی رابطه مثبت معنادار گزارش کرده‌اند. صدری دمیرچی، رئیس قره درویشلو و رحیمی زرج آباد (۱۳۹۷) در پژوهش خود تأیید کردند که الگوهای ارتباطی خانواده با تمایل به سوء مصرف مواد رابطه دارند. نتایج مطالعه جشن پور و مرادی (۱۳۹۷) نشان داد که افراد وابسته به مواد نسبت به افراد عادی از لحاظ الگوهای ارتباطی خانواده، دارای جهت‌گیری هم‌نوایی هستند در حالی که افراد عادی نسبت به افراد وابسته به مواد، دارای جهت‌گیری گفت و شنود بالاتری هستند. مطالعه رشیدی، محسنی و گلمحمدیان (۱۳۹۵) این یافته را که جو عاطفی خانواده، الگوهای ارتباطی خانواده و ادراک حمایت اجتماعی می‌توانند به پیش‌بینی سوء مصرف مواد روان‌گردان صنعتی کمک کنند تأیید کرد. میرزایی، نصیرزاده، اسلامی، شریفی‌راد و حسن‌زاده (۱۳۹۲) در پژوهش خود دریافتند که خانواده جوانان وابسته به مصرف مواد مخدر صنعتی در مقایسه با خانواده

جوانانی که به مصرف مواد مخدر صنعتی گرایش نیافته‌اند، در تمامی ابعاد مانند عملکرد کلی، نوع رابطه، عواطف، مدیریت رفتار، پذیرش و کیفیت انجام مسئولیت ناکارآمدتر عمل می‌کنند.

سلامت اشخاص نه تنها بستگی به دریافت حمایت‌های درمانی و پزشکی نوین دارد بلکه به عوامل اجتماعی مانند حمایت اجتماعی نیز وابسته است. مفهوم حمایت اجتماعی به عنوان یک منبع مهم در خودکارآمدی و کنترل افراد وابسته به مواد محسوب می‌شود (فینلای، پی کوک و الاندر، ۲۰۱۸). به طور کلی، هر رابطه‌ای که با فردی غیر از خود برقرار کنیم، یک رابطه اجتماعی محسوب می‌شود و برقراری روابط غالباً برای دریافت حمایت و توجه از طرف دیگران صورت می‌گیرد. حمایت اجتماعی که از سوی دیگران به دست می‌آید، منجر به بهبود سلامت روانی - جسمی فرد می‌شود (پلوت، ایس، کورسیو و لین، ۲۰۱۸). در موضوع اعتیاد، حمایت اجتماعی از افراد وابسته به مواد، با افزایش کارایی و کاهش بازگشت به مصرف آن‌ها همراه است (استیونس، جیسون، رام و لایت، ۲۰۱۵). حمایت اجتماعی که این افراد دریافت می‌کنند در آن‌ها احساساتی از قبیل اهمیت داشتن، محترم بودن، با ارزش بودن، مراقبت شدن و دوست داشتن به وجود می‌آورد. افراد وابسته به مواد به دلیل تنیدگی زیادی در مقایسه با افراد عادی، نیازمند کسب حمایت از دیگران هستند (روب، جانسون، تان، چائو و لیائو، ۲۰۱۸). حمایت اجتماعی از دو طریق، موجب کاهش اثرات فشار و استرس در افراد می‌شود و از این طریق به سازگاری آن‌ها کمک می‌کند. اول اینکه حمایت اجتماعی افراد را بر علیه تجربه فشار روانی قبل از رخ دادن محافظت می‌کند و سازگاری آن‌ها را افزایش می‌دهد. دوم اینکه شبکه‌های حمایت اجتماعی مانعی در مقابل تنش‌های روانی هستند. آگاهی از اینکه فرد می‌تواند به هنگام تجربه تنش‌های روانی از حمایت اجتماعی بهره‌مند گردد، این امکان را به وجود می‌آورد تا اتفاقات پیش رو را کمتر ناامیدکننده و تهدیدآمیز تصور نموده و از سطح سازگاری بیشتری برخوردار شوند (جانستون، برزینا و کرانک، ۲۰۱۹). به علت شرایط روانی افراد

وابسته به مواد، حمایت اجتماعی باعث افزایش خودکارآمدی ترک اعتیاد در آن‌ها خواهد شد (فوآ، ۲۰۱۹).

یکی دیگر از ویژگی‌های روانشناختی که احتمال دارد با گرایش به اعتیاد و ضعف در خودکارآمدی ترک مرتبط باشد، تاب‌آوری است. تاب‌آوری^۱، توان فرد در انطباق با وضعیت تهدیدکننده تعریف می‌شود. در واقع تاب‌آوری به عواملی اطلاق می‌شود که فرد را در مسیر زندگی از خطر گرفتاری به رفتارهای مشکل‌زا و آسیب روان‌شناختی محافظت کرده و علیرغم وجود شرایط ناگوار به پیامدهای سازگارانه هدایت می‌کند (چشمه‌سنگی، کرد تمینی و کهرازی، ۱۳۹۵). برای افراد تاب‌آور ویژگی‌هایی مانند داشتن مهارت حل مسأله، خودتنظیمی، داشتن هدف و ایمان به آینده ذکر شده است؛ به طوری که این ویژگی‌ها می‌توانند در بهبود سلامت روان به فرد کمک کنند. برعکس، کاهش میزان تاب‌آوری در برابر رویدادهای زندگی را در فرد با نوعی احساس فشار روانی، اضطراب یا افسردگی همراه دانسته‌اند (زربتو، گالرا و روئیز^۳، ۲۰۱۷). یافته‌های پژوهشی تأیید می‌کند که افراد تاب‌آور دارای سلامت روان بهتر، مهارت‌های خودتنظیمی بیشتر و عزت نفس بالاتر می‌باشند، تحت حمایت والدین بوده و کمتر احتمال دارد درگیر رفتارهای پرخطر مانند سوءمصرف مواد شوند (مومنی، مولایی پارده و محبی، ۱۳۹۲). چنین ویژگی‌هایی سازه خودکارآمدی را فعال نگاه داشته و فرد با اتکاء به قابلیت‌های خود که ممکن است به علل مختلف آن‌ها را نادیده گرفته است، از گرایش به مصرف مواد خودداری ورزد.

از دیگر متغیرهایی که می‌تواند بر خودکارآمدی ترک اعتیاد افراد وابسته به مواد اثرگذار باشد، استرس ادراک شده^۴ است. استرس ادراک شده به ارزیابی افراد از شرایط پرتنش زندگی و اینکه آن‌ها چقدر این شرایط را قابل کنترل یا غیرقابل کنترل می‌دانند، اشاره دارد (برایان، کیم و فریدریکسون-گلدسن^۵، ۲۰۱۷). در بحث اعتیاد، استرس ادراک شده به ضعف شخص برای کنار آمدن با وضعیت ترک اعتیاد و مصرف مجدد اشاره دارد، به طوری که باعث ایجاد تهدید واقعی بر تعادل حیاتی روانی و جسمی وی می‌شود.

1. Phua
2. Resilient
3. Zerbetto, Galera, & Ruiz

4. Perceived stress
5. Bryan, Kim, & Fredriksen-Goldsen

استرس و اضطراب شدید می‌تواند بر رفتار فرد اثر گذاشته و توانایی حل مسأله را کاهش دهد که از این جهت خودکارآمدی با مشکل مواجه می‌شود. در نتیجه چون تحمل استرس ناشی از ترک در فرد وابسته به مواد بسیار پایین است، بازگشت به مصرف مواد افزایش می‌یابد (دیویس^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). مویترا، آندرسون و استین^۲ (۲۰۱۳) در پژوهش خود تایید کردند که استرس ادراک شده، احتمال مصرف الکل، کوکائین و دیگر مواد را در افراد معتاد تحت درمان با متادون را به طور معناداری افزایش می‌دهد. وویسن، کیم، بازت و ماروتا^۳ (۲۰۱۸) نیز در پژوهش خود تاثیر کاهنده استرس بر خودکارآمدی ترک مواد در نوجوانان را تأیید می‌کنند.

بنابراین، با توجه به نتایج پژوهش‌های انجام شده و تایید نقش عوامل خانوادگی، اجتماعی و فردی در گرایش و تداوم اعتیاد و همچنین بر اساس آنچه که درباره متغیرهای پژوهش حاضر مطرح شد، سوال اصلی پژوهش این است که عواملی همچون الگوهای ارتباطی خانواده، حمایت اجتماعی، استرس و تاب‌آوری تا چه اندازه می‌توانند پیش‌بینی‌کننده خودکارآمدی ترک اعتیاد در درمانجویان با متادون باشند.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش شامل درمانجویان مراکز درمان سوءمصرف مواد شهر اهواز در زمستان ۱۳۹۷ و بهار ۱۳۹۸ است. طبق دیدگاه جیمز استیونس در تحلیل رگرسیون چندگانه، به منظور افزایش قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها بهتر است به ازای هر متغیر پیش‌بین دست کم ۱۵ آزمودنی در نظر گرفته شود (هومن، ۱۳۸۴). بر این اساس در پژوهش حاضر تعداد ۲۱۳ درمانجوی مراکز درمان سوءمصرف مواد به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل مراجعه به یکی از مراکز درمان سوءمصرف مواد جهت درمان و اعلام رضایت به منظور شرکت در پژوهش تعیین شد. همچنین معیارهای خروج از مطالعه موافقت با

1. Davis
2. Moitra, Anderson, & Stein

3. Voisin, Kim, Bassett, & Marotta

خروج شرکت‌کننده از فرایند پاسخگویی به پرسشنامه‌ها و حذف پرسشنامه‌های ناقص در نظر گرفته شد. در مرحله میدانی، پس از دریافت کد اخلاق به شناسه IR. IAU. AHVAZ. REC. 1398.011 و کسب مجوز از سازمان‌های متولی به مراکز درمان مراجعه کرده و پس از ارائه توضیحاتی در خصوص هدف پژوهش و حفظ رازداری و کسب رضایت از درمانجویان شرکت‌کننده در پژوهش، پرسشنامه‌ها به ایشان عرضه و پس از تکمیل جمع‌آوری شدند. برای تحلیل داده‌ها، از همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره همزمان با استفاده از نرم‌افزار SPSS²⁴ استفاده شد.

ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه خودکارآمدی ترک اعتیاد: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۹ توسط برامسون^۱ با ۱۶ سوال و چهار خرده‌مقیاس شامل مهارت حل مسئله، تصمیم‌گیری، ابراز وجود و ارتباط طراحی شده است. هر یک از سوالات پرسشنامه دارای ۷ گزینه پاسخ می‌باشد؛ به طوری که سوالات از به شدت مخالفم (۱) تا به شدت موافقم (۷) تنظیم گردیده‌اند. رواسازی این پرسشنامه در ایران توسط حبیبی، کارشکی، دشتگرد، حیدری و طلایی (۱۳۹۱) برای جامعه‌ی درمانجویان مراکز بازتوانی و درمان اعتیاد انجام شده است. از طریق محاسبه همسانی درونی، میزان اعتبار خرده‌مقیاس مهارت حل مسئله ۰/۷۵، مهارت تصمیم‌گیری ۰/۷۲، مهارت ابراز وجود ۰/۷۸ و برای خرده‌مقیاس مهارت ارتباط ۰/۷۲ به دست آمده است. همچنین مقدار گزارش شده همسانی درونی کل مقیاس ۰/۹۰ محاسبه شده است. برای پایایی به روش آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۸۹ بدست آمد.

۲- پرسشنامه الگوهای ارتباطی خانواده: این پرسشنامه در سال ۲۰۰۲ توسط کوئرتر و فیتزپاتریک طراحی شده است که ۲۶ سوال و دو بعد ارتباطی دارد. هر یک از سوالات پرسشنامه دارای ۵ گزینه پاسخ می‌باشد؛ به طوری که سوالات از کاملاً مخالفم (۱) نمره) تا کاملاً موافقم (۵ نمره) تنظیم گردیده‌اند. ۱۵ سوال اول خرده‌مقیاس جهت‌گیری گفت و شنود و ۱۱ سوال بعد خرده‌مقیاس جهت‌گیری همنوایی را مورد سنجش قرار

می‌دهد. کسب نمره بیشتر در هر یک از الگوهای ارتباطی نشان‌دهنده نوع الگوی ارتباطی با جهت‌گیری گفت و شنود و یا همنوایی می‌باشد. کوئرتر و فیتزپاتریک (۲۰۰۲)، پایایی مقیاس را برای بعد گفت و شنود ۰/۸۹ و برای بعد همنوایی ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند. پایایی مقیاس توسط سپهری و مظاهری (۱۳۸۸) از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای بعد گفت و شنود ۰/۹۰ و برای بعد همنوایی ۰/۸۹ و برای کل پرسشنامه ۰/۷۷ گزارش شده است. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده از بررسی همسانی درونی برای مقیاس گفت و شنود ۰/۸۸، برای بعد همنوایی ۰/۸۲ و برای کل پرسشنامه ۰/۸۲ می‌باشد.

۳- مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی: این مقیاس توسط زمیت، دالم، زمیت و فارلی^۱ (۱۹۸۸) و در قالب ۱۲ پرسش و سه خرده مقیاس خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی طراحی شده است. نمره‌گذاری سؤالات به صورت ۵ گزینه‌ای و در یک طیف پاسخ از کاملاً مخالفم (۱ نمره) تا کاملاً موافقم (۵ نمره) انجام می‌شود. برای به دست آوردن نمره کل، امتیازات تک تک گویه‌ها با هم جمع می‌شود. هرچه نمرات فرد در این آزمون بالاتر باشد، به این معناست که میزان حمایت اجتماعی ادراک شده در حد بالایی برای فرد وجود دارد. روایی و پایایی این مقیاس توسط سازندگان در حد مطلوب گزارش شده است. علیپور، علی اکبری دهکردی، امینی و هاشمی جشنی (۱۳۹۳) پایایی مقیاس را برای حمایت اجتماعی ادراک شده ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. همچنین براور، امسلاهی، کید، لوچنر و سیدات^۲ (۲۰۰۸)، در بررسی یک نمونه ۷۸۸ نفری از جوانان دبیرستانی، پایایی درونی مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش نموده‌اند. در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمده است.

۴- پرسشنامه تاب‌آوری: این مقیاس توسط کانر و دیویدسون^۳ (۲۰۰۳) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۲۵ گویه می‌باشد و سازه تاب‌آوری را بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت می‌سنجد که به هر سوال نمره ۱ (کاملاً نادرست) تا نمره ۵ (همیشه

1. Zimet, Dahlem, Zimet & Farley
2. Bruwer, Emsley, Kidd, Lochner & Seedat

3. Connor, Davidson

درست) داده می‌شود. دامنه نمره‌گذاری آن بین ۲۵ تا ۱۲۵ است و نمره بیشتر نشان‌دهنده تاب‌آوری بالای فرد است. ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس از طریق اندازه‌گیری جمعیت عمومی و بیماران دارای اختلالات اضطرابی و استرس به دست آمده است. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، روایی پرسشنامه به روش تحلیل عوامل را ۰/۸۸ و برآورد پایایی مقیاس در گروه‌های افراد سالم و بالینی از طریق دو شیوه‌ی بازآزمایی را ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. حسینی قمی و سلیمی بجستانی (۱۳۹۱) نیز ضریب پایایی پرسشنامه تاب‌آوری را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش نموده‌اند. در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ می‌باشد.

۵- مقیاس استرس ادراک شده: این مقیاس توسط کوهن، کامارک و مرملستین^۱ (۱۹۸۳) در قالب ۱۴ گویه و دو خرده‌مقیاس خودکارآمدی ادراک شده و درماندگی ادراک شده طراحی شده است. نمره‌گذاری این مقیاس با یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از صفر (هرگز) تا ۴ (همیشه) می‌باشد. گویه‌های ۴، ۱۰، ۹، ۷، ۶، ۵، و ۱۳ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. از جمع امتیازات گویه‌ها، نمره کل هر فرد در این مقیاس محاسبه می‌شود. امتیازات بالاتر به معنای میزان استرس ادراک شده بالا است. کوهن و همکاران (۱۹۸۳) ضرایب همسانی درونی برای خرده‌مقیاس‌ها و نمره کلی را بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ گزارش نموده‌اند. این پرسشنامه در ایران توسط صفایی و شکری (۱۳۹۳) در بیماران سرطانی رواسازی شده است و ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کلی مقیاس برابر ۰/۷۶ محاسبه شده است. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمده است.

یافته‌ها

بر اساس نتایج به دست آمده از داده‌های جمعیت‌شناختی، از مجموع ۲۱۳ شرکت‌کننده در پژوهش، ۱۷۸ نفر مرد و ۳۵ نفر زن می‌باشند. گروه سنی ۴۱ تا ۵۰ سال با ۵۴ نفر (۲۵/۴ درصد) بیشترین و گروه سنی ۵۱ سال و بالاتر با ۱۵ نفر (۷ درصد) کمترین فراوانی را دارند. از نظر وضعیت تأهل، ۱۶۳ نفر (۷۶/۵ درصد) متأهل و ۵۰ نفر (۲۳/۵ درصد) مجرد

هستند. همچنین ۱۵۹ نفر (۷۴/۶ درصد) شاغل و ۵۴ نفر (۲۵/۴ درصد) بیکار هستند. جدول ۱ میانگین، انحراف معیار و شاخص‌های کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
خود کارآمدی ترک اعتیاد	۶۹/۵۸	۲۳/۵۷	-۰/۰۷۷	-۰/۵۵۰
الگوی ارتباطی خانواده با جهت‌گیری گفت و شنود	۳۲/۲۱	۱۴/۶۳	۰/۳۱۰	-۰/۸۵۴
الگوی ارتباطی خانواده با جهت‌گیری همنوایی	۲۵/۶۱	۱۰/۴۷	-۰/۱۹۱	-۰/۶۵۹
حمایت اجتماعی	۲۱/۱۴	۸/۶۵	۱/۰۵۴	۱/۱۵۲
تاب‌آوری	۵۸/۰۹	۲۰/۸۱	-۰/۲۶۵	-۰/۱۲۲
استرس ادراک شده	۲۵/۸۵	۷/۳۹	۰/۲۱۵	۱/۸۰۶

قبل از انجام روش‌های آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره، پیش‌فرض‌های اساسی مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج حاصل از بررسی آزمون کولموگروف-اسمیرنف نشان داد که سطح معناداری متغیرهای پژوهش از سطح ۰/۰۵ بیشتر بود ($p > 0.05$). بنابراین، توزیع نمرات متغیرها نرمال بود. از پیش‌فرض‌های مهم انجام رگرسیون، عدم وجود هم‌خطی چندگانه و استقلال خطاها است. آماره‌های شاخص تحمل و عامل تورم واریانس^۱ که برای بررسی هم‌خطی بررسی می‌شوند، نشان داد که شاخص تحمل در متغیرهای پیش‌بین در محدوده ۰/۸۲ تا ۰/۹۶ بود که بیشتر از مقدار ۰/۱۰ بود. همچنین، عامل تورم واریانس نیز در متغیرهای پیش‌بین در محدوده ۱/۰۴ تا ۱/۲۱ بود که از مقدار ۲ کمتر بود. بنابراین، عدم وجود هم‌خطی چندگانه تایید شد. آماره دورین واتسون نیز برابر با ۲/۲۹ بود که با توجه به این مقدار در فاصله بین ۱/۵ تا ۲/۵ قرار نداشت، این نکته حاکی از استقلال خطاها بود. نتایج همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱- خودکارآمدی	۱					
۲- الگوی ارتباطی گفت و شنود	۰/۳۰۰**	۱				
۳- الگوی ارتباطی همنوایی	-۰/۲۸۵**	-۰/۰۶۰	۱			
۴- حمایت اجتماعی	۰/۲۴۰**	-۰/۰۹۸	-۰/۳۱۶	۱		
۵- تاب‌آوری	۰/۳۲۷**	-۰/۰۱۳	-۰/۲۷۱	۰/۱۱۶	۱	
۶- استرس ادراک شده	-۰/۲۸۱**	-۰/۱۱۰	۰/۲۳۶	-۰/۱۷۷	-۰/۲۹۷	۱

P<۰/۰۱**

داده‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که بین خودکارآمدی ترک اعتیاد با الگوی ارتباطی گفت و شنود، حمایت اجتماعی و تاب‌آوری رابطه مثبت معنی دار وجود دارد. به عبارت دیگر با افزایش الگوی ارتباطی گفت و شنود، حمایت اجتماعی و تاب‌آوری، خودکارآمدی ترک اعتیاد افزایش می‌یابد. از جهت دیگر داده‌های مندرج در جدول ۲ بیانگر وجود رابطه منفی معنی دار بین خودکارآمدی با الگوی ارتباطی همنوایی و استرس ادراک شده می‌باشند. این رابطه نشان دهنده کاهش خودکارآمدی با افزایش الگوی ارتباطی همنوایی و استرس ادراک شده است. نتایج پیش‌بینی خودکارآمدی ترک اعتیاد بر اساس متغیرهای پیش‌بین در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: تحلیل رگرسیون همزمان جهت پیش‌بینی خودکارآمدی ترک اعتیاد بر اساس الگوهای ارتباطی خانواده، حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و استرس

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	R	R ²
رگرسیون	۳۲۸۰/۸۱۶	۵	۶۵۷۶/۱۳۶	۱۶/۰۶۱	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۰/۲۸
باقیمانده	۸۴۷۵۷/۱۵۵	۲۰۷	۴۰۹/۴۵۵				

بر اساس نتایج جدول ۳، ۲۸ درصد از واریانس خودکارآمدی ترک اعتیاد افراد وابسته به مواد تحت درمان بر اساس الگوهای ارتباطی خانواده، حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و استرس قابل پیش‌بینی است. نسبت F نیز بیانگر این است که رگرسیون خودکارآمدی

ترک اعتیاد افراد وابسته به مواد تحت درمان براساس الگوهای ارتباطی خانواده، حمایت اجتماعی، تاب آوری و استرس معنادار است.

جدول ۴: ضرایب بتا و آزمون معناداری t متغیرهای پیش بین

متغیرهای پیش بین	B	ضرایب استاندارد (بتا)	آماره T	سطح معناداری
الگوی ارتباطی با جهت گیری گفت و شنود	۰/۴۸۵	۰/۳۰۱	۵/۰۱۹	۰/۰۰۱
الگوی ارتباطی با جهت گیری همنوایی	-۰/۲۶۰	-۰/۱۱۶	-۱/۷۷۹	۰/۰۷۷
حمایت اجتماعی	۰/۵۰۲	۰/۱۸۴	۲/۹۲۰	۰/۰۰۴
تاب آوری	۰/۲۷۶	۰/۲۴۴	۳/۸۴۳	۰/۰۰۱
استرس ادراک شده	-۰/۳۶۷	-۰/۱۱۵	-۱/۸۱۱	۰/۰۷۲

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می شود، گفت و شنود با بتای ۰/۳۰، حمایت اجتماعی با بتای ۰/۱۸ و تاب آوری با بتای ۰/۲۴ به طور مثبت و معناداری توان پیش بینی خود کارآمدی ترک اعتیاد افراد وابسته به مواد تحت درمان را دارند اما الگوی ارتباطی از نوع همنوایی و استرس ادراک شده قادر به پیش بینی پیش بینی خود کارآمدی ترک اعتیاد نبودند.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به منظور تعیین نقش الگوهای ارتباطی خانواده، حمایت اجتماعی، تاب آوری و استرس ادراک شده در پیش بینی خود کارآمدی ترک اعتیاد انجام شده است. تحلیل رگرسیون با روش همزمان نشان داد که متغیرهای پژوهش توان پیش بینی ۲۸ درصد واریانس خود کارآمدی ترک اعتیاد افراد تحت درمان را دارند. برای تبیین این یافته ها، شناخت مکانیزم و نحوه تعامل متغیرهای پیش بین با متغیر خود کارآمدی ترک اعتیاد ضروری به نظر می رسد. در این مطالعه مشخص گردید که خود کارآمدی با الگوی ارتباطی گفت و شنود رابطه مثبت معنی دار و با الگوی ارتباطی همنوایی رابطه منفی معنی دار دارد. این یافته نشان می دهد که الگوی ارتباطی با جهت گیری گفت و شنود منجر به افزایش خود کارآمدی ترک اعتیاد و الگوی ارتباطی با جهت گیری همنوایی باعث کاهش آن می شود. این یافته با نتایج پژوهش های صدری دمیچی و همکاران (۱۳۹۷)،

رشیدی و همکاران (۱۳۹۵) جشن‌پور و مرادی (۱۳۹۷) و میرزایی و همکاران (۱۳۹۲) همسو است. خمیرنیا و پیوند (۱۳۹۷) در پژوهش خود نشان دادند که اکثریت شرکت‌کنندگان در مطالعه‌شان که دارای سابقه ترک و عود مجدد بودند به دلیل اختلافات خانوادگی، بیکاری و وسوسه فردی به مصرف مجدد روی آورده‌اند. در یک محیط دموکراتیک کودکان استقلال رأی را یاد گرفته و به رشد مثبت روانی و شخصیت رسیده (محمود، ابراهیم، آما و صالح، ۲۰۱۱) و آموزش‌های لازم در خصوص تعاملات اجتماعی و مهارت‌ها مقابله‌ای را از طریق والدین می‌آموزند. فرزندان خانواده‌هایی با الگوی ارتباطی گفت و شنود علی‌رغم وجود فشارهای محیطی، فشارهای فیزیولوژیک محرومیت، تداعی‌کننده‌ها و برانگیزاننده‌های محیطی از خودکارآمدی خوبی برخوردار بوده و در ترک اعتیاد پایدار می‌باشند؛ در حالی که فرزندان خانواده‌هایی با الگوی ارتباطی همناوی فاقد خودکارآمدی لازم به منظور ترک اعتیاد هستند. فریور و میرهاشمی (۱۳۹۷) در پژوهش خود نشان دادند که کاهش الگوی ارتباطی گفت و شنود بین همسران می‌تواند منجر به افزایش احتمال عود مجدد در درمانجویان گردد.

از یافته‌های دیگر این پژوهش تأیید رابطه مثبت معنی‌دار بین حمایت اجتماعی با خودکارآمدی ترک اعتیاد است. داده‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی به افزایش خودکارآمدی ترک کمک می‌کند. این یافته با نتایج پژوهش‌های فینلای و همکاران (۲۰۱۸) و فوآ (۲۰۱۹) مبنی بر نقش حمایت اجتماعی در افزایش خودکارآمدی همسو است. افراد وابسته به مواد به دلیل تنیدگی زیادی که تجربه می‌کنند، بیشتر از افراد عادی، نیازمند کسب حمایت از دیگران هستند (روب و همکاران ۲۰۱۸). حمایت اجتماعی باعث می‌گردد تا فرد اتفاقات پیش‌رو را کمتر تهدیدآمیز و ناامیدکننده تصور کند و با کاهش فشارهای روانی، سطح سازگاری را بهبود بخشد (جانستون و همکاران، ۲۰۱۹). افزایش سطح سازگاری باعث افزایش سطح خودکارآمدی ترک اعتیاد در درمانجویان می‌شود (فوآ، ۲۰۱۹). حمایت اجتماعی در افراد وابسته به مواد این توانایی را به آن‌ها می‌دهد که چطور با شرایط استرس‌زا و پرتنش ناشی از دور ماندن از مصرف

مواد کنار بیابند، این امر موجب افزایش خودکنترلی در آن‌ها می‌شود که این امر تأثیر مثبتی بر روی خودکارآمدی ترک اعتیاد در آن‌ها خواهد داشت (کاراتای و باس^۱، ۲۰۱۹). نتایج مطالعه استیونز، جیسون، رام و لایت^۲ (۲۰۱۵) نشان دادند که حمایت اجتماعی در معتادین به خودکارآمدی ترک اعتیاد در آن‌ها منجر خواهد شد.

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که تاب‌آوری با خودکارآمدی ترک اعتیاد رابطه مثبت دارد. به بیان دیگر وجود سازه تاب‌آوری باعث افزایش خودکارآمدی ترک اعتیاد می‌شود. این یافته پژوهشی با یافته‌های زربتو و همکاران (۲۰۱۷) و مومنی و همکاران (۱۳۹۲) همسو است. زربتو و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که ناتوانی فرد در مقابله با مشکلات زندگی استرس، اضطراب و یا افسردگی ایجاد می‌کند. در این شرایط سطح عواطف مثبت و عزت نفس کاهش می‌یابد و در نتیجه انطباق‌پذیری مثبت و بهزیستی روانی فرد دچار اختلال می‌شود. تاب‌آوری از طریق افزایش ویژگی‌هایی مانند اجتماعی بودن، توانمندی در حل مسأله، خودگردانی، احساس هدفمندی و باور به آینده روشن به بهبود سلامت جسمانی و روانی فرد کمک می‌کند. افرادی که از بهزیستی روان‌شناختی بالاتری برخوردارند توانایی سازگاری بیشتری با مشکلات دارند. با ارتقای سطح تاب‌آوری، فرد می‌تواند در برابر عواملی که سبب به وجود آمدن بسیاری از مشکلات روان‌شناختی می‌شود، از خود مقاومت نشان داده و بر آن‌ها غلبه کند (کورتز، مندز و آراگون^۳، ۲۰۱۵). بنابراین با توجه به تعریفی که از خودکارآمدی ارائه شد، سازه تاب‌آوری باعث ارتقاء خودکارآمدی ترک اعتیاد شده و به فرد کمک می‌کند تا در مقابل وسوسه بازگشت به مصرف مقاومت کند.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر تأیید وجود رابطه منفی معنی‌دار بین خودکارآمدی ترک اعتیاد با استرس ادراک شده می‌باشد. این یافته که با نتایج پژوهش‌های وویسین و همکاران (۲۰۱۸) و ماجر، پلیرا و جاسون^۴ (۲۰۱۶) همسو می‌باشد، نشان می‌دهد که کاهش استرس ادراک شده باعث افزایش خودکارآمدی ترک اعتیاد

می‌شود. مویترا و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهش خود نشان دادند که استرس ادراک شده، احتمال مصرف الکل، کوکائین و دیگر مواد در اشخاصی که تحت درمان با متادون بودند را به طور معناداری افزایش می‌دهد. فرد ممکن است تحت شرایط فشار و نداشتن مهارت‌های لازم برای مدیریت موقعیت فشارزا، به آن از طریق پاسخ‌های تکانشی و مصرف دارو پاسخ گوید و خطر اعتیاد به مصرف مواد را افزایش دهد. در موقعیت‌های پرتنش و به منظور آمادگی مقابله فرد با این موقعیت‌ها (جنگ و گریز) سطح هورمون‌های تنش و استرس مانند هورمون کورتیزول افزایش می‌یابد. تنش‌های مزمن، خطر ابتلا به سردرد تنشی، سرماخوردگی، درد گردن و افسردگی را افزایش می‌دهد. در نتیجه این فرایند خودکارآمدی ترک اعتیاد در فرد کاهش یافته و مجدداً مصرف مواد انجام می‌شود (ماجر و همکاران، ۲۰۱۶). هر چه تعداد استرس‌زاهایی که فرد با آن رو به رو می‌شود بیشتر باشد، شانس سوءمصرف مواد نیز بیشتر خواهد بود، به طوری که فرد با از دست دادن توانایی کنترل هیجانات، عواطف و نادیده گرفتن ویژگی‌های شخصیتی و عزت نفس به مصرف مواد روی می‌آورد. در مجموع این عوامل خودکارآمدی ترک اعتیاد را با شکست مواجهه می‌کنند (والترز، سیمون و سیمون، ۲۰۱۸). وویسین و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی بر روی نوجوانان آمریکایی آفریقایی تبار نشان دادند که استرس موجب کاهش خودکارآمدی ترک مواد از سوی آن‌ها می‌شود.

در جمع‌بندی از یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که با افزایش الگوی ارتباطی با جهت‌گیری گفت و شنود، حمایت اجتماعی و تاب‌آوری، خودکارآمدی ترک اعتیاد افزایش می‌یابد و با افزایش الگوی ارتباطی با جهت‌گیری همناوی و استرس ادراک شده، خودکارآمدی ترک اعتیاد کاهش می‌یابد. در حالی که مطالعات پیشین میزان و اهمیت عوامل محیطی نسبت به عوامل فردی را بیشتر گزارش کرده‌اند (حاجت‌آقایی و همکاران، ۱۳۹۳). یافته‌های پژوهش حاضر نقش بالاتر عوامل فردی مانند تاب‌آوری را در پیش‌بینی خودکارآمدی ترک اعتیاد نسبت به عوامل اجتماعی مانند خانواده و حمایت اجتماعی تأیید می‌کند. احتمالاً علت اصلی این یافته ورود ارادی و

آگاهانه درمانجویان تحت درمان به فرایند درمان و تعهد ایشان به تداوم آن می‌باشد. درمانگران حوزه اعتیاد با ارزیابی متغیرهای پیش بین یاد شده در این پژوهش درک بهتری از درمانجویانی که احتمالاً دچار عود و لغزش خواهند شد به دست می‌آورند. بعنوان یک استنباط منطقی از نتایج پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌گردد که مددکاران و درمانگران حوزه اعتیاد با آموزش و تأکید بر الگوی ارتباطی با جهت‌گیری گفت و شنود، اهمیت حمایت اجتماعی، راه‌های اجتناب از استرس و مدیریت آن به خانواده‌ها و افراد وابسته به مواد در افزایش خودکارآمدی ترک اعتیاد مؤثر باشند.

این پژوهش با محدودیت‌های اجرایی نظیر محدودیت‌های امنیتی و حفاظتی مراکز و ویژگی‌های اجتماعی، شخصیتی، مهارتی و رفتاری درمانجویان وابسته به مواد که ایجاد ارتباط با آن‌ها را مشکل می‌سازد، روبرو بوده است. از محدودیت‌های دیگر پژوهش می‌توان به مقطعی بودن، توصیفی و همبستگی بودن و استفاده از پرسشنامه خود گزارش‌دهی اشاره نمود. با توجه به اینکه نمونه‌ی این پژوهش درمانجویان مراکز درمان سوءمصرف مواد شهر اهواز می‌باشد، از تعمیم یافته‌ها به دیگر گروه‌های وابسته به مواد می‌کاهد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، جمعیت و نمونه‌های دیگر افراد وابسته به اعتیاد مورد توجه قرار گیرند.

منابع

- ثاقبی سعیدی، کرامه و داوران، مریم (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر سلامت روانی معتادان مراجعه‌کننده به مرکز ترک اعتیاد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۱(۴۳)، ۲۸۰-۲۶۷.
- جشن پور، محمد و مرادی، شهناز (۱۳۹۷). مقایسه الگوهای ارتباطی خانواده و تحمل‌پریشانی هیجانی در افراد وابسته به مواد و عادی. *فصلنامه سلامت اجتماعی*، ۵(۱۷)، ۱۲۶-۱۱۱.
- چشمه سنگی، زهرا؛ کرد تمینی، بهمن و کهرآزبی، فرهاد (۱۳۹۵). نقش رفتار جراتمندانه در خودتاب‌آوری و خودکنترلی زنان معتاد. *فصلنامه علمی پژوهشی اعتیادپژوهی*، ۱۰(۳۸)، ۱۸۲-۱۶۳.

چوپچیان لنگرودی، سیده هانیه و زربخش، محمدرضا (۱۳۹۷). رابطه میان سرسختی روانشناختی، سبک‌های مقابله‌های و تنظیم هیجانی با گرایش به اعتیاد در دانش‌آموزان. *فصلنامه خانواده و پژوهش*، ۱۵(۳)، ۵۰-۳۱.

حاجلو، نادر و جعفری، عیسی (۱۳۹۴). نقش استرس ادراک شده، هیجان‌خواهی و حمایت اجتماعی در اعتیاد. *فصلنامه علوم تربیتی و روانشناسی*، ۴(۱۶)، ۳۰-۱۹.

حبیبی، رحیم؛ کارشکی، حسین؛ دشتگرد، علی؛ حیدری، عباس و طلایی، علی (۱۳۹۱). رواسازی و تعیین پایایی پرسشنامه خودکارآمدی ترک اعتیاد برامسون. *مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم*، ۱۵(۱)، ۵۹-۵۳.

حسنوند، بنفشه و رحمانی جوانمرد، سمیرا (۱۳۹۵). رابطه مقایسه‌ی اجتماعی، الگوهای ارتباطی خانواده و سبک‌های تنظیم شناختی هیجان با کمرویی در دانشجویان. *دستاوردهای روانشناسی بالینی*، ۲(۲)، ۴۸-۲۳.

حسینی قمی، طاهره و سلیمی بجزستانی، حسین (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر استرس مادران دارای فرزندان مبتلا به سرطان در بیمارستان امام خمینی (ره). *روانشناسی سلامت*، ۱(۴)، ۱۰۹-۹۷.

حمرنیا، محمد و پیوند، مصطفی (۱۳۹۷). علل بازگشت به اعتیاد به مواد مخدر و راهکارهای پیشنهادی در مراجعه‌کنندگان به مراکز ترک اعتیاد، یک مطالعه کیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۷(۶)، ۵۳۸-۵۲۳.

رحیمی، مهدی و خیر، محمد (۱۳۸۸). رابطه بین الگوهای ارتباطی خانواده و کیفیت زندگی دانش‌آموزان دوره متوسطه شهر شیراز. *مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی*، ۱۰(۱)، ۲۵-۵.

رشیدی، علیرضا؛ محسنی، زهرا السادات و گل محمدیان، محسن (۱۳۹۵). نقش جو عاطفی خانواده، ادراک شیوه فرزندپروری، الگوهای ارتباطی خانواده و ادراک حمایت اجتماعی (خانواده) در پیش‌بینی سؤمصرف مواد روانگردان صنعتی دانشجویان. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۱)، ۱۲۳-۱۰۳.

سپهری، صفورا و مظاهری، محمدعلی (۱۳۸۸). الگوهای ارتباطی خانواده و متغیرهای شخصیتی در دانشجویان. *مجله روانشناسان تحولی، روانشناسان ایرانی*، ۶(۲۲)، ۱۴۱-۵۰.

شفیع آبادی، عبدالله؛ نوابی نژاد، شکوه؛ فلسفی نژاد، محمدرضا و نجف‌لوی، فاطمه (۱۳۹۰). مقایسه الگوی تعاملات خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد و عادی و ارائه راهبردهای مداخله‌ای. *مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۱(۳)، ۲۸۳-۲۶۴.

صدری دمیچی، اسماعیل؛ رئیس قره درویشلو، سجاد و رحیمی زرج آباد، نقی (۱۳۹۷). نقش الگوهای ارتباطی خانواده و سبک‌های دلبستگی در پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد در جوانان. *فصلنامه علمی اعتیاد‌پژوهی*، ۱۲(۴۵)، ۱۳۰-۱۱۳.

صفایی، مریم و شکری، امید (۱۳۹۳). سنجش استرس در بیماران سرطانی، رویی عاملی مقیاس استرس ادراک شده در ایران. *روان پرستاری*، ۲(۱)، ۲۲-۱۳.

صفری حاجت آقایی، سعیده؛ کمالی، ایوب؛ دهقانی فیروزآبادی، سمیره و اصفهانی، مهدی (۱۳۹۳). فراتحلیل مقایسه عوامل فردی و محیطی مؤثر بر بازگشت مجدد به اعتیاد بعد از ترک مواد مخدر (ایران، ۱۳۸۳-۱۳۹۱). *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهشی*، ۸(۳۰)، ۵۲-۳۵.

علیپور، احمد؛ علی اکبری دهکردی، مهناز؛ امینی، فاطمه و هاشمی جشنی، عبدالله (۱۳۹۵). رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده با پیروی از درمان در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، نقش واسطه‌ای تاب‌آوری و امید. *پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۱۰(۲)، ۶۷-۵۳.

غدیری صورمان آبادی، فرهاد؛ عبدالمحمدی، کریم و یوسف‌زاده، باقر (۱۳۹۶). مروری بر عوامل روانشناختی مرتبط با گرایش به سوء مصرف مواد مخدر در ایران. *رویش روان‌شناسی*، ۳(۲۰)، ۲۵۴-۲۳۹.

فریور، مژگان و میرهاشمی، مالک (۱۳۹۷). پیش‌بینی احتمال روی‌آوری مجدد به مصرف مواد مخدر براساس تاب‌آوری و الگوهای ارتباطی همسران افراد معتاد. *فصلنامه علمی اعتیاد‌پژوهی*، ۱۲(۴۶)، ۸۷-۱۰۰.

کرمی، جهانگیر و افشک، شیوا (۱۳۹۷). رابطه بین هیجان‌خواهی و تاب‌آوری با آمادگی به اعتیاد دانشجویان. *رویش روان‌شناسی*، ۱۱(۳۲)، ۲۵۸-۲۴۷.

مومنی، خدامراد؛ مولایی پارده؛ علی و محبی، زینب (۱۳۹۲). رابطه سبک‌های دلبستگی و تاب‌آوری با استعداد اعتیاد دانشجویان. *فصلنامه علمی دانش انتظامی کرمانشاه*، ۲۰، ۲۲-۱۱.

میرزایی، علویجه مهدی؛ نصیرزاده، مصطفی؛ اسلامی، احمد علی؛ شریفی راد، غلام رضا و حسن‌زاده، اکبر (۱۳۹۲). تأثیر عملکرد خانواده در وابستگی جوانان به مواد مخدر صنعتی.

آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، ۱(۲)، ۳۰-۱۹.

هومن، حیدرعلی (۱۳۹۳). شناخت روش علمی در علوم رفتاری. تهران: انتشارات سمت.

References

- Alexander A. C., Hébert E. T., Businelle M. S., & Kendzor D. E. (2019). Everyday discrimination indirectly influences smoking cessation through post-quit self-efficacy. *Drug and Alcohol Dependence*, 198, 63-69.
- Bruwer B., Emsley R., Kidd M., Lochner C. H., & Seedat S. (2008). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 195-201.
- Bryan, A. E., Kim, H. J., & Fredriksen-Goldsen, K. I. (2017). Factors associated with high-risk alcohol consumption among LGB older adults: the roles of gender, social support, perceived stress, discrimination, and stigma. *The Gerontologist*, 57(1), 95-104.
- Cohen S., Kamarck T., & Mermelstein R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Cortés J. M. G., Méndez M. G., & Aragón S. R. (2015). Potencial resiliente en familias con adolescentes que consumen y no consumen alcohol. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(2), 163-172.
- Davis, J. P., Berry, D., Dumas, T. M., Ritter, E., Smith, D. C., Menard, C., & Roberts, B. W. (2018). Substance use outcomes for mindfulness based relapse prevention are partially mediated by reductions in stress: Results from a randomized trial. *Journal of substance abuse treatment*, 91, 37-48.
- DiClemente C. C., & Hughes SO. (1990). Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2, 35-217.
- Finlay K. A., Peacock S., & Elander J. (2018). Developing successful social support, an interpretative phenomenological analysis of mechanisms and processes in a chronic pain support group. *Psychology & Health*, 33(7), 846-871.
- Fitzpatrick, M. A. (2004). The family communication patterns theory observations on its development and application. *The Journal of Family Communication*, 4, 167-179.
- Franke P., Neef D., Weiffenbach O., Gansicke M., Hautzinger M., & Maier W. (2003). Psychiatric comorbidity in risk groups of opioid addiction, a comparison between opioid dependent and non-opioid dependent prisoners. *Journal of Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 71(1), 37-44.
- Johnston T. M., Brezina T., & Crank B. R. (2019). Agency, self-efficacy, and desistance from crime, an application of social cognitive theory. *Journal of Developmental and Life-Course Criminology*, 5(1), 60-85.

- Jones S., Lynam D. R., & Piquero A. R. (2015). Substance use, personality, and inhibitors: Testing Hirschi's predictions about the reconceptualization of self-control. *Crime & Delinquency*, 61(4), 538-558.
- Karatay G., & Baş N. G. (2019). Factors affecting substance use and self-efficacy status of students in eastern Turkey. *Ciencia & Saude Coletiva*, 24, 1317-1326.
- Koerner, A.F. fitzpatrick, M.A. (2002). Understanding family communication patterns and family functioning: The role of conversation orientation and conformity orientation. *Communication Year book*, 26, 36-68.
- Mahmud Z., Ibrahim H., Amat S., Salleh, A. (2011). Family Communication. Sibling Position and Adolescents, Sense of Responsibility. *World Applied Sciences Journal*, 14, 74-80.
- Majer J. M., Plaza C., & Jason, L. A. (2016). Abstinence social support among ex-prisoners with substance use disorders. *The Prison Journal*, 96(6), 814-827.
- Moitra E., Anderson B. J., & Stein M. D. (2013). Perceived stress and substance use in methadone-maintained smokers. *Drug and Alcohol Dependence*, 133(2), 785-788.
- Phua J. (2019). E-Cigarette Marketing On Social Networking Sites, Effects on Attitudes, Behavioral Control, Intention to Quit, and Self-Efficacy. *Journal of Advertising Research*, 59(2), 242-254.
- Pluut H., Iliès R., Curşeu P. L., & Liu Y. (2018). Social support at work and at home: Dual-buffering effects in the work-family conflict process. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, (146), 1-13
- Robb J., Johnson L., Tan S., Chou C. C., & Liao H. Y. (2018). Mediating Effects of Social Support and coping between perceived and internalized stigma for substance users. *Journal of Rehabilitation*, 84(2), 18-21.
- Şahin Gökçearslan., Filiz KuşkayaMumcu., Tülin Haşlamam., Yasemin DemiraslanÇevik (2016). Modelling smartphone addiction: The role of smartphone usage, self-regulation, general self-efficacy and cyberloafing in university students. *Computers in Human Behavior*, 63, 639-649.
- Stevens E., Jason L. A., Ram D., & Light, J. (2015). Investigating social support and network relationships in substance use disorder recovery. *Substance Abuse*, 36(4), 396-399.
- Taniguchi C., Tanaka H., Saka H., Oze I., Tachibana K., Nozaki Y., & Sakakibara H. (2018). Changes in self-efficacy associated with success in quitting smoking in participants in Japanese smoking cessation therapy. *International Journal of Nursing Practice*, 24(4), e12647.
- Voisin D. R., Kim D. H., Bassett S. M., & Marotta P. L. (2018). Pathways linking family stress to youth delinquency and substance use, exploring the mediating roles of self-efficacy and future orientation. *Journal of Health Psychology*, 25(2), 139-151.

- Walters K. J., Simons J. S., & Simons R. M. (2018). Self-control demands and alcohol-related problems: within-and between-person associations. *Psychology of Addictive Behaviors*, 32(6), 573-582.
- West R, & Brown, J. (2017). Theory of Addiction. Second Addedction. UK, *Wily Blackwell, Addiction Prees*. 16-18.
- Zerbetto S. R., Galera S. A. F., & Ruiz, B. O. (2017). Family resilience and chemical dependency, perception of mental health professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(6), 1184-1190.
- Zimet G. D., Dahlem N. W., Zimet S. G., & Farley G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.